1 例乙状结肠癌合并完全性肠梗阻患者围手术期行肠道支架置入治疗的护理体会

张杰 刘芳 郎盼盼 代彦柳 朱俊

（北京市第一中西医结合医院普外科，北京，100026）

摘要：本文总结 1 例乙状结肠癌合并闭袢性完全性肠梗阻行肠镜支架置入联合手术治疗的护理经验，通过对患者术前评估、肠道准备、心理护理，术后密切观察生命体征及辅助中医特色技术治疗，患者术后恢复良好，无并发症发生。对于乙状结肠癌合并完全性肠梗阻患者，先行肠道支架缓解梗阻，再做术前肠道准备为一期手术创造条件，结合围手术期护理内容，有效减少并发症，减少患者痛苦，取得较为显著的临床效果。

关键词：乙状结肠癌；肠梗阻；肠道支架；肠道准备；围手术期护理

Nursing experience of intestinal stent implantation in a patient of sigmoid colon carcinoma with complete intestinal obstruction

Zhang Jie, Liu Fang, Lang Panpan, Dai Yanliu, Zhu Jun

(Beijing First Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 100026)

Abstract: this paper summarizes a case of sigmoid colon carcinoma with closed loops complete intestinal obstruction colonoscopy stent implantation combined surgical treatment of nursing experience, through the preoperative evaluation, intestinal preparation, psychological care, postoperative close observation of vital signs and auxiliary characteristics of traditional Chinese medicine technology treatment, patients postoperative recovery is good, without

complications. For patients with sigmoid carcinoma combined with complete intestinal obstruction, intestinal stents are first to relieve obstruction, and then preoperative intestinal preparation is done to create conditions for the first operation. Combined with perioperative period and nursing content, effectively reduce complications, reduce patients' pain, and achieve significant clinical effects.

Key words: sigmoid colon carcinoma; intestinal obstruction; intestinal stent; intestinal preparation; perioperative care

结肠癌（colon cancer,CC）是常见的恶性肿瘤，发病率和死亡率均呈上升趋势。由于结肠癌多属进展期浸润性癌，尤其左半结肠癌易引起肠腔狭窄从而继发急性肠梗阻，如未及时控制肠梗阻病情发展，可能引起患者结肠闭袢性完全性梗阻，易造成结肠穿孔、结肠坏死，以致感染性休克，严重威胁生命安全[1-3]。左半结肠癌合并完全性肠梗阻临床常用的传统治疗方案为急诊手术，解除梗阻和肿瘤切除同时进行结肠造口术，该术式并发症发生率和病死率分别高于 40% 和 15%[4]，而且需再次手术造口还纳，创伤大且手术风险高，病人极其痛苦。如果通过在 DSA 引导下行临时结肠支架置入术，缓解肠梗阻，为优化手术时间提供有利条件，并能做好根治术的肠道准备，又为腹腔镜微创手术创造条件[5-6]。我科近期 1 例乙状结肠癌合并完全性肠梗阻患者围手术期行肠道支架置入治疗后，一期行腹腔镜乙状结肠癌根治术的护理体会报告如下：

1 临床资料

1.1 一般资料：患者，男性，68 岁，于 2023 年 7 月 11 日进食油性及不易消化食物后出现脐周疼痛，为胀痛，持续性，间断出现绞痛发作，无放散，伴恶心，

未呕吐，并出现肛门停止排便，排气减少，自行局部按摩及热敷后感症状无明显缓解，就诊于附近医院，口服中药后稍缓解，肛门仅间断少量排气，仍腹胀腹痛，以致完全停止排气排便，于 2023 年 07 月 18 日就诊于我院，查腹平片见：肠管扩张伴气液平面，考虑肠梗阻。为系统治疗以 " 肠梗阻 " 收入院。

1.2 既往史：高血压病 30 余年，最高 180/90mmHg，口服络活喜，控制良好，2 型糖尿病 7 年余，口服二甲双胍，控制良好，7 年前因脑梗住院治疗，恢复良好，无明显后遗症， 5 年前因腹股沟疝行腹腔镜疝修补手术治疗，恢复良好。

1.3 查体 :体温 :36.3C°，脉搏 :97 次/分，呼吸 :17 次/分，血压 :169/97mmHg。神色形态：神志清，精神弱，面色暗，端坐位，自主体位。语声气息：语音清，语声正常，气促。舌象脉象：舌红，苔黄燥，脉弦滑。腹部膨隆，脐部及左右下腹壁可见手术瘢痕；腹部张力增高，未触及明显包块，脐周压痛（+），反跳痛（-），无肌紧张，肝脾肋下未触及，Murphy's 征（－）；叩呈鼓音，肾区无叩击痛，移动性浊音（－）；肠鸣音弱，约 1-2 次/分，偶可闻及气过水声及高调肠鸣，未闻及血管杂音。

1.4 入院初步诊断：中医诊断：肠闭（肠道实热证）。西医诊断:①肠梗阻；②2 型糖尿病；③高血压 3 级 高危组；④陈旧性脑梗。

1.5 入院后治疗护理：入院后禁食补液调整水电解质平衡，完善相关化验检查和心理护理。肿瘤标记物检查回报：CEA7.61ng/ml，结合患者已经出现完全性闭袢性肠梗阻不能行经口肠道准备，经肛甘油灌肠后，安排肠镜检查 :距肛门 23cm 可见一环腔生长的菜花样肿物、质脆、摩擦后易出血，多点活检 5 块，弹性差，完全梗阻，肿瘤致肠腔狭窄，考虑乙状结肠恶性肿瘤可能性极大。

1.6 临时性肠道支架置入及手术治疗：患者现已出现闭袢性完全性肠梗阻表现，

为尽快解除梗阻，降低肠腔压力，于 7 月 20 日在导管室行 DSA 引导肠镜直视下结肠支架置入术（见图 1），术后即刻排出大量粪水、粪块，之后肠梗阻缓解，腹胀腹痛消失，改为无渣流食、缓泄及口服肠内营养制剂支持治疗。患者腹盆部增强 MRI 提示乙状结肠恶性肿瘤，未见明显好转。经充分口服肠道清洁剂，肠道准备后进一步行完全肠镜检查示：乙状结肠肿瘤伴狭窄支架术后、回盲瓣红肿、结肠多发憩室、结肠多发息肉。肠镜活检病理结果已回报：乙状结肠腺癌。再次充分术前肠道准备及心理准备，于 2023 年 07 月 27 日在全麻下行腹腔镜辅助乙状结肠癌根治术+肠粘连松解术，手术顺利。术后予静脉营养支持、抗感染、补液治疗，并辅以中医治疗理气通腑，补气健脾益胃。经治疗后，患者恢复良好，肠功能逐渐恢复，饮水、进食后无不适，术后 2 周痊愈。

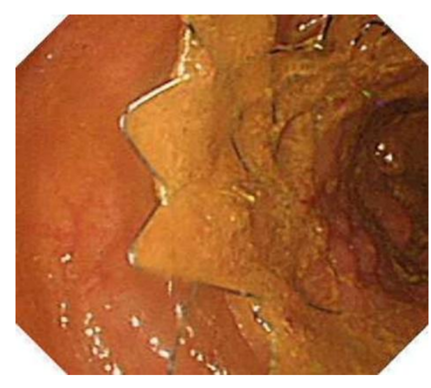
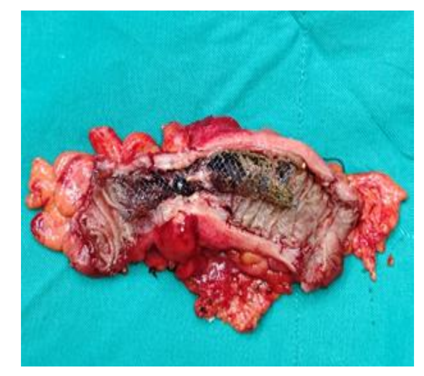




图 1 肠道支架

2 肠道支架置入术介绍

患者取左侧卧位，肛检润滑肠道后行肠镜检查。因无充分肠道准备，需反复冲洗吸引后逐步观察，经查看至 23cm 可见一环腔生长的菜花样肿物，质脆易出血，肠腔狭窄，镜身不能通过，将带导丝造影导管抵近肿瘤缝隙处，轻易尝试后导丝顺利越过狭窄段，DSA 引导下观察导丝顺利经过肿瘤狭窄段，造影导管跟进并造影，确定导丝已越过狭窄段，遂退出造影导管，将肠道支架在导丝引导下越过肿瘤狭窄段，在 DSA 监视下逐步释放支架（长 120mm、直径 20mm），可见

远端扩张良好并逐步释放，释放后通过内镜观察支架，撤出支架外套管，活检钳适当调整支架位置，固定良好，肠腔扩张成功，即刻见大量粪水及粪块涌出，肠梗阻解除。

3 围手术期护理

3.1 术前护理

术前评估：充分评估患者全身情况，做好术前准备，积极纠正水、电解质平衡，针对性处理低蛋白及酸碱平衡紊乱，改善重要脏器功能。注意血压、血糖的监测与控制，以确保手术的安全。

心理护理：急性发病患者，对疼痛及手术治疗无心理准备。患者及家属均处于焦虑状态。术前充分与患者及家属进行有效沟通，了解患者病情、文化程度、经济情况以及家庭基本情况，心理问题与需求，耐心疏导，为患者讲解乐观心态对疾病转归重要性，并为患者列举负面情绪宣泄的合理方法，从而改善患者消极情绪，提高康复治疗配合度。同时针对患者的心理特点，予以心理支持与鼓励。

营养支持：根据患者机体的一般情况、营养评估，进行针对性的营养支持，如肠内、肠外营养，改善患者的营养状况。

肠道准备：乙状结肠癌根治术前给予肠道支架置入，缓解肠梗阻，口服乳果糖口服溶液缓泄，观察腹部体征及大便情况，手术前一日口服聚乙二醇电解质散行充分肠道准备。肠道清洁彻底，可避免肠腔内蓄积粪便，减轻术中和术后胀气，减少肠道细菌数量，减少手术创口和残余粪便污染，有效避免肠造瘘，加速创口愈合[7-8]。

3.2 术后护理

一般护理：安置单人监护病房，保持室内温湿度适宜，为患者营造舒适的环

境，避免患者术后躁动，降低患者应激反应[9]。术后给予半卧位，床头抬高 30°，协助患者翻身拍背。

病情观察：密切观察患者生命体征、精神状态、准确记录 24 小时出入量。观察患者腹部体征及排便、排气情况，有无血便。

疼痛管理：进行疼痛评估，观察疼痛的部位、性质和持续时间，病人咳嗽排痰时协助其按压腹部伤口，防止腹压增大而增加切口张力，引起疼痛加剧。帮助病人调整舒适体位，使用放松疗法，如听音乐分散注意力。遵医嘱给予皮内针、耳穴埋豆等中医疗法减轻疼痛，增加舒适度。开展疼痛管理促进患者早期下床活动，促进术后早期康复，同时减少住院天数[10]。

引流管护理：高质量保持引流的有效性，初期每半小时挤压引流管一次，防止血块堵塞管道。平卧时引流袋不高于床面，坐位、站立或行走时不可高于会阴部，保证有效的虹吸引流作用，注意接口无菌护理。按时更换引流袋，更换时注意无菌操作，防引流液的逆流引起感染。若发现引流量突然减少，病人感到腹胀伴发热，应检查引流管腔有无堵塞或引流管是否脱落。

留置胃管、尿管护理：保持胃管、尿管通畅，胃管有效负压吸引，固定妥善，防止引流管扭曲、受压及脱落，同时每天进行口腔、会阴护理 ，帮助患者有效训练膀胱功能。

术后饮食护理：术后及时评估患者的营养状况，遵医嘱给予肠外营养治疗。根据患者排气情况及肠鸣音恢复情况和腹部体征 ，可给予少渣低纤维温热流食，少食多餐，循序渐进，逐步过渡到糖尿病半流质饮食和糖尿病低脂普食。

并发症的观察及护理：常见的并发症主要有肠穿孔、支架后肠坏死、支架移位、术后出血、吻合口瘘、肺不张与肺部感染及相应临床表现。①肠穿孔及支架

后肠坏死：术后应密切观察患者腹部体征，注意有无腹部压痛、反跳痛、腹壁肌紧张等体征，同时重视患者腹痛主诉，大便性状[11]。②支架移位：与支架选择失误或放置支架后患者的后续治疗有关，应在 X 线下透视了解局部情况，定期复查肠镜。③术后出血：应当观察患者心率血压改变情况，如发现异常及时报告医生。④吻合口瘘：是结肠癌术后最严重的并发症，指的是因为各种原因导致的肠管吻合口组织不完整而形成吻合口瘘，引起的原因有患者因素，如糖尿病、营养不良、免疫缺陷、长期服用激素、肿瘤较大等；另外，术中吻合张力过高、吻合口供血不良等也是吻合口瘘的原因。⑤肺不张与肺部感染：因全麻手术时间过长、患者呼吸功能较差或手术的人工气腹，影响患者的通气功能，从而出现肺不张与肺部感染，因此非常强调患者术后早期开始自主咳嗽、排痰及深呼吸等呼吸康复。

4 讨论

随着医学影像设备的快速升级和诊断技术的不断完善，肠道支架置入术治疗梗阻性结肠癌的成功率高、即刻效果好，患者痛苦少。不仅为失去外科手术机会的晚期肿瘤患者提供姑息性解除肠梗阻的治疗机会，而且作为术前过渡的临时性治疗，为急诊手术转为择期手术创造了良好的条件，减轻了临床医生的手术难度及风险，降低了术后并发症的发生率[12]。

近年来常规的护理模式重于对原发疾病的管理，对患者情绪的改善重视不够，通过本病例体会到个性化围手术期护理在患者应用中的重要性，尤其对乙状结肠癌合并完全性肠梗阻手术患者实施围手术期护理干预，手术前放置临时性肠道支架，缓解肠梗阻后肠道准备护理效果确切，减轻了患者不良情绪，还避免了重创手术，同时减少肠道清洁中不良反应发生。术后恢复阶段，护理人员提高自我主动性，与患者积极交流、沟通，将手术结果明确告知患者，从而减轻患者心理负

担。同时与主管医生从实际情况出发，一起讨论患者可能出现的并发症，提出预见性的护理措施，充分制定个性化的护理内容[13]，减少患者痛苦，增加舒适度，通过有效措施，解决可能影响围术期手术效果、恢复效果的各种因素，为患者的预后提供更好的支持，从而提高患者满意度。

患者知情同意：本病例公开得到了家属的知情同意。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献：

[1] 中国恶性肿瘤整合诊治指南-结肠癌部分[J]. 中华结直肠疾病电子杂志,2022,01:1-16.

[2] 黄唯，燕善军，郑海伦，等. 内镜联合 X 线肠道支架置入对结肠 癌伴急性肠梗阻手术影响分析 [J]. 现代消化及介入诊疗，2020, 25(10): 1372-1375.

[3] 达布西力特,郑皓,韩承新.左半结肠癌合并急性肠梗阻肠减压后腹腔镜辅助Ⅰ期切除吻合术效果[J].武警医学,2023,01:10-13+17.

[4] 侯建峰，王卫刚. Ⅰ期切除吻合术治疗左半结肠癌合 并急性肠梗阻的可行性研究[J]. 实用临床医药杂 志, 2019,23(12):36-38.

[5] 李超,王本锋.手术治疗结肠癌合并肠梗阻的临床疗效分析[J].当代医学,2022,09:16-18.

[6] 袁娟，叶楠，冯凯祥，等. 胃镜 -X 线联合金属内支架置入治疗胃 十二指肠 恶性梗阻的临床价值 [J]. 中国内镜杂志，2017, 23(12): 73-76.

[7] 朱玉梅.无缝隙护理模式在结肠癌并肠梗阻患者术中肠道清洁护理中应用效果探讨[J].中外医疗,2020,39(27):150-152.DOI:10.16662/j.cnki.1674-0742.2020.27.150.

[8] 李云容,周冬梅,王丽文,赵晨,卢玉文. 高龄肠梗阻患者X线下行肠道支架置入术的护理体会[J]. 东南国防医药,2021,04:434-436.

[9] 殷凤梅. 快速康复外科护理在结肠癌患者围手术期的应用效果观察[J]. 中国肛肠病杂志,2023,07:59-61.

[10] 张慕,陈晓宇. 疼痛管理对腹腔镜结肠癌根治术后早期康复影响[J]. 临床军医杂志,2021,02:203-204.

[11] 杨欢欢. X线引导下肠道支架置入治疗梗阻性结肠癌的护理体会[J]. 家庭医药.就医选药,2019,02:246-247.

[12] 张久聪,吴伟强,卢利霞,王俊科,李初谊,李斌,郑英,耿闻男,王盼,于晓辉,刘鑫. X线下金属覆膜支架置入治疗结直肠恶性梗阻的临床分析[J]. 西北国防医学杂志,2021,06:493-497.

[13] 叶丹. 结肠癌患者的围手术期护理体会[J]. 中国实用医药,2020,21:182-184.